TITRES

ET

TRAVAUX

DU

Dr G. POTEL

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE LILLE

PARIS
O. DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1907

TITRES

Ancien Interne des Hôpitaux de Lille ;

Docteur en médecine, 1897 ;

Chef de Clinique chirurgicale, Hôpital de la Charité, 1897-1901 ;

Assistant de Clinique chirurgicale ;

Admissible aux épreuves définitives du concours d'Agrégation (Chirurgie, 1904) ;

Membre du Comité de Rédaction de l'*Écho médical du Nord ;*

Vice-Président de la Société Centrale de Médecine du Nord ;

Membre de l'Association française de Chirurgie.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Internat, 1897-1900 ;

Conférences de Sémiologie chirurgicale et d'exploration clinique ; Hôpital de la Charité, 1898-1902.

SERVICES HOSPITALIERS

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité, 1897-1901 ;

Service de M. le professeur Dubar (suppléance), août et septembre 1899-1900-1901 ;

Pavillon V. Olivier, Service chirurgical (suppléance), août et septembre 1900 à 1906.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de médecine de Lille ;

- 1893. Anatomie, 1re médaille ;
- 1894. Chirurgie, 1re médaille ;
- 1895. Médecine, 1re mention ;

Récompense du Ministère de l'Instruction publique ;

Prix Parise (chirurgie) ;

Prix des Amis de l'Université ;

Prix de thèses ;

Lauréat de l'Académie de médecine. Prix Godard.

TRAVAUX

I

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Introduction à l'Étude de la Chirurgie.

1 vol. in-8°. 780 pages, Paris, 1907.

Notre seule ambition, en écrivant cet ouvrage, a été de fournir à l'élève qui, pour la première fois, aborde le lit du malade, les notions indispensables pour pouvoir comprendre les multiples aspects imposés à la marche d'une même maladie par les variations de la violence des agents traumatiques ou de la virulence des microorganismes, et par la différence des terrains morbides.

Nous avons voulu lui expliquer aussi simplement que possible le mécanisme des phénomènes pathologiques qu'il va pouvoir observer, et le mettre à même de comprendre pourquoi le chirurgien trouve dans l'état général du sujet, dans une affection viscérale concomitante, une indication ou une contre-indication à telle intervention, à telle méthode opératoire, à tel procédé d'anesthésie...

Nous comparons une affection chirurgicale à une lutte engagée entre un agent extérieur (mécanique, physique, microbien, etc.) et un organisme humain. Les péripéties de cette lutte se manifestent à nos yeux sous la forme des réactions morbides si complexes qui traduisent l'atteinte des appareils et le trouble des fonctions physiologiques.

Pour aborder l'étude de la Clinique chirurgicale l'étudiant doit donc posséder au moins des notions élémentaires sur ces diffé-

rents points. De là vient la division de notre ouvrage en trois parties : 1° l'*Offensive* ; 2° le *Terrain* ; 3° les *Réactions de l'Organisme*.

A. — L'Offensive.

Les causes essentielles des désordres pathologiques que le chi-



Fig. 1. — Sarcome des os du crâne

rurgien rencontre journellement dans sa pratique peuvent être rangées en quatre groupes : les Traumatismes, les Infections, les Néoplasmes, les Malformations.

Nous envisagerons successivement ces différents éléments morbides, en considérant particulièrement leur mode d'action général, le mécanisme de leur production. Un sommaire très succinct fera d'ailleurs mieux comprendre dans quel esprit nous avons rédigé ces lignes.

1° *Les Traumatismes*. — Classification des traumatismes. Nous avons adopté une classification toute personnelle :

a. Traumatismes par pénétration. Agents mécaniques, physiques, chimiques.

b. Traumatismes par pression, traction, distension, etc...

Complications des traumstismes, plaies vonimeusos, infectées. Corps étrangers. Réparation des lésions traumatiques.

2° *Les Infections.* — *a.* Microorganismes d'origine végétale.

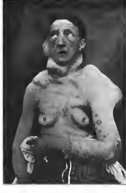


Fig. 2. — Lymphadénome.

Les bactéries. Les facteurs de virulence. Les principales bactéries observées dans les lésions chirurgicales.

Les champignons pathogènes.

Action des microorganismes sur l'homme. L'infection et la suppuration. Destinéo ot roliquats des infections.

b. Microorganismes pathogènes d'origine animale. Les amibes, l'échinocoque.

3° *Les Néoplasmes.* — Définition. Caractères anatomiques des différentes tumeurs. Évolution des néoplasmes. Dégénérescences et maladies dos tumeurs. Physiologie, Étiologie, Pathogénie des néoplasmes.

4° *Les Malformations.* — Nomenclature et définition des différentes malformations ;

Mécanisme et pathogénie des malformations.

a Malformations congénitales : 1° reproduisant un stade de la vie fœtale ; 2° malformations ne correspondant pas à un stade normal de l'évolution embryonnaire.



Fig 3 — Luxation congénitale de la hanche.

b. Malformations acquises, par lésions osseuses, par surcharge ;
— par lésions articulaires ;
— d'origine neuro-musculaire ;
— d'origine cutanée.

B. — Le Terrain.

« L'étude du terrain chirurgical, c'est-à-dire des rapports entre les états constitutionnels des blessés et les différents traumatismes, accidentels ou chirurgicaux, après avoir passionné toute une génération, à la suite de Paget, de Verneuil et de leurs élèves est tombée pendant près de vingt ans dans un oubli à peu près complet.

« C'est que, il faut bien l'avouer avec Villemin, les observations à l'aide desquelles ont été édifiés ces travaux reposent sur une base bien fragile.

Beaucoup de ces observations mettent sur le compte des diathèses les suppurations faciles, les érysipèles, les lymphangites, en un mot la plus grande partie des accidents septiques Or, si la chose est vraie et restera toujours vraie en ce qui concerne les cachectiques, les malades minés par une longue affection chronique, les organismes dépourvus des moyens de résistance ordinaires à l'égard de l'invasion microbienne, dans beaucoup d'autres cas, c'est contraindre les faits à se plier aux besoins de la cause,

que d'aller dépister dans le passé d'un malade, dans l'examen minutieux de ses organes, une tare de minime importance pour la charger de complications qu'une faute d'antisepsie explique bien plus simplement. » Malheureusement, on engloba dans un même dédain, les faits exacts et les assertions hasardeuses, et, une fois



Fig. 4 — Genu valgum.

éteinte la grande voix de Verneuil, le silence se fit sur l'influence réciproque des états constitutionnels et des traumatismes.

Cependant, les chirurgiens remarquaient bien que malgré les précautions coutumières, certaines interventions revêtaient un caractère bien plus grave chez certains opérés que chez d'autres, qu'une opération d'ordinaire très bénigne pouvait se terminer fatalement dans le coma, chez un diabétique, et par l'anurie chez un opéré dont on ne soupçonnait pas les lésions rénales. Tout le monde savait que les enfants et les vieillards ne présentaient ni

la même susceptibilité, ni la même résistance que les adultes, vis-à-vis des différents processus morbides.

Toutes ces questions de terrain, de résistance individuelle, connues des praticiens, mais guère étudiées, ont dû être discutées de nouveau et examinées de près le jour où le médecin a dû, aussitôt après un accident de travail, pronostiquer, prédire presque, quelles allaient être les suites et les conséquences immédiates, prochaines et lointaines, d'un traumatisme et d'une infection, sur un individu blessé.

Nous avons tenté de reprendre cette étude du terrain chirurgical en nous basant uniquement sur des faits indiscutables.



Fig. 5. — Greffe cubitale.

Nous examinons successivement le rôle de l'hérédité, du sexe, de l'âge, de la profession, l'influence des états pathologiques divers (diathèses, infections, intoxications, maladies des organes, maladies intercurrentes, etc.).

Nous avons consacré à cette étude 150 pages de notre ouvrage. Nous sommes convaincu en effet que l'appréciation des diverses tares organiques est pour le chirurgien bien plus encore que pour le médecin, d'une importance capitale. Si le médecin, peut essayer au cours des maladies de modifier peu à peu l'état de son sujet, le chirurgien se trouve presque toujours en face de situations qui ne supportent ni atermoiements, ni longues préparations.

Des décisions s'imposent, et du calcul fait par le chirurgien des risques opératoires, de la façon dont il suppute les ressources de l'organisme du blessé, dépend souvent la vie de l'opéré.

C. Les réactions de l'organisme.

Le sol est labouré ; la graine est semée. Le traumatisme ouvre la porte toute grande à l'infection. Sur le terrain propice ou réfractaire vont germer et proliférer des microorganismes atténués ou virulents ; des cellules néoplasiques d'activité variable. Les malformations vont changer l'harmonie des formes et troubler les fonctions...

La clinique, c'est-à-dire l'examen attentif et averti des appareils et des fonctions physiologiques du malade va nous permettre de



Fig. 6 — Éléphantiasis

suivre l'évolution de la maladie, d'apprécier la gravité des phénomènes morbides, et de venir intelligemment en aide à l'organisme en détresse.

Pour cela, il est nécessaire que nous examinions chacune des fonctions, non pas pour nous borner à une simple esquisse de séméiologie générale ; nous devons faire mieux : nous devons, chaque fois que cela est possible, chercher à comprendre la cause, le mécanisme intime des phénomènes, à pénétrer en un mot la physiologie pathologique des troubles que nous observons.

Cette étude, si elle a été faite merveilleusement pour certains chapitres de la Pathologie chirurgicale, et nous citerons, entre

autres, les cliniques de M. Guyon, auxquelles il semble qu'on ne puisse plus rien ajouter, cette étude, disons-nous, a été complètement délaissée pour beaucoup d'autres points

Il n'existe par exemple aucun travail d'ensemble sur les perturbations du système nerveux dans les affections chirurgicales.

Nous avons essayé de combler cette lacune, sans oublier cependant que notre livre était destiné à des débutants, et que nous



Fig. 7. — Atrophie du grand dentelé et du trapèze (A. Mouchet).

devions sacrifier le désir d'être complet à la satisfaction de rester clair. Voici le plan suivi dans cette troisième partie qui comprend 400 pages.

Chapitre Ier. *Les réactions nerveuses.* — Les troubles psychiques : le coma, le délire, les troubles de la mémoire ou du langage, les névroses. Les relations entre les états psychopathiques et les affections chirurgicales. Pathogénie des troubles psychiques.

Les troubles moteurs. Paralysies d'origine centrale, médullaire ou périphérique, les atrophies, les contractions musculaires, contractures, spasmes, convulsions, etc. ;

Les troubles de la sensibilité objective et subjective ;

Les troubles trophiques ;

Les troubles réflexes, la syncope, le choc traumatique.

CHAPITRE II. *Les troubles de la calorification.* — L'hypothermie, l'hyperthermie. La fièvre. Étiologie de la fièvre. Les réactions fébriles. Importance clinique et rôle de la fièvre.

CHAPITRE III. *Les troubles de la circulation.*

a. Les troubles de la circulation sanguine. Le pouls.

Les troubles circulatoires localisés. Hyperhémie et anémie ;

Les modifications de la perméabilité vasculaire. Thrombose

La rupture du circuit artérioveineux. L'hémorragie.

b. Les modifications de la circulation lymphatique. Les œdèmes, les éléphantiasis, les adénopathies.

CHAPITRE IV. *Les troubles de la respiration* — La dyspnée Les modifications du rythme respiratoire. Les spasmes respiratoires. Les expectorations.

CHAPITRE V. *Les troubles de l'appareil digestif.* — Portion sus-diaphragmatique. Aspect de la langue. Troubles de la mastication et de la déglutition ;

Portion sous-diaphragmatique. L'arrêt de la progression du contenu intestinal. Les hémorragies du tube digestif.

CHAPITRE VI *Les troubles de l'appareil urinaire.* — Les variations de la sécrétion (polyurie, oligurie, anurie) ;

Les modifications de la perméabilité rénale, de la toxicité urinaire ;

Les éléments normaux et anormaux de l'urine. Les troubles de la miction.

CHAPITRE VII. *Les troubles de l'appareil génital de l'homme.* — La sécrétion interne du testicule. Les troubles de la fonction spermatique. Les troubles de l'excrétion. Dyspermatisme, spermatorrhée, hémospermie. Les troubles de l'érection.

CHAPITRE VIII. *Les troubles de l'appareil génital de la femme.*

Les altérations de la fonction ovarienne. Pathologie de la menstruation (aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie) ;

Les troubles génitaux indépendants de l'ovulation. Leucorrhée, hydrorrhée, métrorragie.

Tel est le plan de cet ouvrage que nous avons écrit pour ceux qui entrent pour la première fois dans un service de clinique chirurgicale. Limité par le cadre que nous nous sommes tracé, nous avons dû laisser dans l'ombre plus d'un détail. Nous croyons avoir remédié à cette lacune en indiquant pour chaque sujet les ouvrages où le lecteur pourrait le plus facilement et le plus complètement se documenter.

« Quelqu'un pourrait dire de moy, disait Montaigne, que j'ai seulement faict ici un amas de fleurs étrangières, n'y ayant fourny du mien que le filet à les lier ». Notre unique ambition a été que les débutants trouvent dans cet « amas de fleurs » un soutien et un guide dans leurs premières étapes, et que comprenant mieux le puissant intérêt des investigations cliniques, ils aiment davantage ce que Forgue a appelé « la seule école de la Pathologie », j'ai nommé l'*Hôpital*.

La douleur en chirurgie.

Écho médical du Nord, 1907, p. 109.

Les lipomes intramusculaires.

En collaboration avec M. le professeur Dubar. *Écho médical du Nord*, 1902, p. 325.

Les lipomes si fréquents au niveau du tissu cellulaire sous-cutané se développent rarement à l'intérieur des muscles. On n'en connaît qu'une vingtaine de cas. (Les lipomes de la langue et les lipomes intermusculaires ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.)

Le traumatisme paraît avoir une influence étiologique (cas de Tédenat). Tous les muscles de la vie de relation peuvent être le siège de lipomes. Les plus fréquemment atteints sont le biceps et le grand pectoral. Les symptômes par lesquels se manifeste la présence du lipome sont des plus rudimentaires, souvent on ne

les constate que lorsqu'ils ont déjà acquis un certain volume. Il est rare que l'on puisse constater les signes habituels des lipomes : lobulation, mollesse, fausse fluctuation, etc.

Le diagnostic est difficile, et certaines circonstances que l'on trouve relatées dans les observations (coexistence d'autres tumeurs, de mal de Pott, accroissement très rapide, etc.) peuvent contribuer à rendre ce diagnostic presque impossible

Mais ce qui consolera le chirurgien de son erreur, c'est l'agréable surprise d'une intervention aisée, les lipomes intramusculaires se laissant en général énucléer avec la plus grande facilité.

L'étranglement des molluscum pendulum.

Société centr. de méd. du Nord, 13 avril 1906.

Le molluscum pendulum peut être étranglé par torsion spontanée du pédicule, ou plus souvent par un fil placé à la base dans l'espoir de déterminer le sphacèle de la petite tumeur.

Habituellement les lésions se bornent à une hydropisie simple L'infiltration œdémateuse suffit pour donner en vingt-quatre heures, à ces petits néoplasmes, le volume d'une mandarine. Cependant nous avons pu voir à la suite de l'application d'un fil, le petit fibrome dégénérer et se transformer en sarcome. Malgré une large intervention, le sarcome se généralisa et finit par emporter le malade.

Sur un cas de myxome du bras avec zone périphérique sarcomateuse. Pronostic des myxomes.

Écho médical du Nord, 1898, p. 46.

Note sur le pronostic des tumeurs myxomateuses des membres.

Écho médical du Nord, 1899, p. 582.

Un malade suivi pendant près de deux ans dans le service de M. le professeur Dubar présentait un myxome volumineux au niveau de la partie supéro-externe du bras droit.

L'examen histologique montra que la tumeur était constituée dans sa presque totalité par du tissu muqueux, mais qu'il existait

à la périphérie une très mince zone (à peine quelques dixièmes de millimètre) de tissu conjonctif embryonnaire d'aspect sarcomateux.

Et nous demandions quel était le sort réservé à ce malade. Histologiquement le tissu muqueux est un tissu de transition vers le



Fig 8. — Myxome du bras.

tissu cellulo-adipeux, mais pour Virchow, il aurait son individualité propre (aussi Delbet range-t-il les myxomes parmi les néoplasmes ayant pour paradigme des tissus adultes) tandis que pour Ranvier, le myxome ne serait jamais qu'un tissu de transition. Et les tumeurs qu'il forme peuvent évoluer vers un type adulte (fibrome, lipome) ou rester à l'état embryonnaire (tumeurs mali-

gnes). Si l'on examine les faits cliniques, on voit que dans les cas dans lesquels les malades ont été suivis un temps suffisamment long, on a noté le plus souvent des récidives et la mort, ce qui n'est point le fait des tumeurs conjonctives adultes.

A notre avis, dans l'examen d'une pièce de tumeur myxomateuse, l'élément myxome doit tenir peu de place. Il s'agit d'un tissu de transition, et ce qui est important de connaître c'est si ce tissu évolue vers le stade adulte (fibrome, etc.) ou si, au contraire, la portion envahissante périphérique, la portion véritablement proliférante n'est pas constituée par du tissu embryonnaire. C'est cette mince zone sarcomateuse qui imprime à la tumeur son cachet de gravité, c'est elle seule qui règle le pronostic.

Le malade est revenu 8 mois après l'intervention avec une récidive considérable. Une nouvelle ablation montra une tumeur identique à la première, c'est-à-dire une portion centrale de 25 centimètres de diamètre formée de tissu myxomateux, et une fine cuticule périphérique, d'un demi-millimètre d'épaisseur constituée par plusieurs assises de cellules embryonnaires.

Instruits par la première expérience, nous avons fait une réserve formelle sur le pronostic de cette affection. Les événements nous ont malheureusement donné raison car le malade nous est revenu quelques mois après, en pleine généralisation sarcomateuse.

Épithélioma en « chou-fleur » de la peau, durant depuis douze ans.

Écho médical du Nord, 1905, p. 225.

Énorme tumeur bourgeonnante développée au niveau du triangle de Scarpa chez une vieille femme de soixante-dix ans. Le début du néoplasme datait de plus de douze ans. Ablation.

Le néoplasme était si nettement cutané que je pus laisser intacte l'aponévrose superficielle. Autoplastie par glissement.

L'examen histologique montra que si l'épithélioma formait des assises très denses, le tissu conjonctif avait lui aussi proliféré dans d'énormes proportions, isolant et enfermant le tissu épithélial. Les lymphatiques ne contenaient aucune cellule cancéreuse.

Cette forme curieuse de lésions explique la bénignité de l'affection par le développement en quelque sorte exogène de l'épithélioma.

Épithéliome développé à l'intérieur d'un kyste sébacé.

Société centrale de médecine du Nord, 22 février 1907.

Carcinome pavimenteux développé dans l'intérieur d'un kyste sébacé du cuir chevelu. Le diagnostic put être fait avant l'intervention grâce à la consistance spéciale du kyste, et l'apparition d'un bourgeon épithéliomateux au sommet du kyste.

Le botryomycome.

En collaboration avec M le professeur agrégé Carrière. *Presse médicale*, Paris, 1902, n° 40.

Le botryomycome paraît constituer une affection très rare dans



Fig. 9.

la région du Nord, car nous avons été les premiers à en relater deux observations typiques.

Dans le premier cas, une jeune fille présentait sur la face dorsale de l'index une petite tumeur framboisiforme développée sur une cicatrice.

La tumeur, examinée au microscope, permet de constater au niveau de sa base d'implantation une prolifération très marquée des cellules de la couche kératodermique et des altérations notables des cellules des corps muqueux. La couche des cellules à éléidine n'existe pas.

Au niveau de la tumeur elle-même, les couches normales du derme disparaissent progressivement de la périphérie vers le centre. On voit la couche kératodermique s'épaissir et devenir foliacée. Enfin, l'assise génératrice disparaît elle-même pour se fondre dans le tissu néoplasique. Il s'est formé un tissu de néoformation, constitué par des boyaux irréguliers, contenant des cellules en voie de karyokynèse, et disposés en forme de prolongements, simulant des papilles normales du derme.

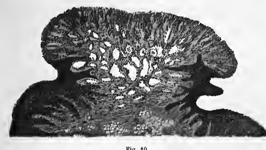


Fig. 10.

Les parties centrales de la tumeur sont constituées par du tissu embryonnaire fibroïde, limitant des cavités irrégulières, ne renfermant aucun élément défini. Les glandes sudoripares présentent une hyperplasie tubulaire, et une prolifération des cellules épithéliales qui les tapissent. Les recherches bactériologiques n'ont permis de déceler que des staphylocoques.

Le deuxième cas observé chez un adulte présentait un aspect macroscopique et microscopique analogue.

Nous n'avons retrouvé nulle part les éléments muriformes décrits primitivement sous le nom de botryocoques, et nous croyons avec Sabrazès et Laubie, qu'une infection microbienne banale, par le staphylocoque doré, seul ou associé, peut donner naissance à un nodule présentant tous les caractères de l'adénofibrose botryomycosique de Poncet et Dor.

Les piqûres d'araignée.

Écho médical du Nord, 1904, 351, et Thèse Fabre, Lille, 1904.

A propos d'un cas de phlegmon gangréneux consécutif à une piqûre d'araignée nous avons recherché quelle pouvait être la cause des accidents septiques graves que notre maître, M. le professeur Dubar, avait observés.

Les araignées de nos pays ne sont guère nocives pour l'homme. Dugès a essayé sur lui-même le venin de la plupart des variétés indigènes. Le plus actif paraît être celui de la grande araignée des caves (Segestria perfida), mais même cette variété ne donne que des accidents très passagers.

Les phénomènes plus graves doivent tenir, ou bien à une susceptibilité particulière de l'individu, ou plutôt, à ce fait que l'araignée inocule en même temps que son venin, des microbes variés qu'elle a puisés sur des mouches ou ailleurs. C'est la seule façon d'expliquer le cas de tétanos consécutif à une piqûre d'araignée observé par Lawrence.

II

PATHOLOGIE SPÉCIALE

Crâne.

A propos d'un cas de fracture du crâne.

Bulletin médical du Nord, 1895, p. 231.

Chez un blessé présentant une fracture comminutive ouverte de la région temporale, avec rupture du sinus latéral, nous avons constaté de la tachycardie (120 pulsations) avec hypothermie (34°). Le nombre des pulsations a augmenté progressivement jusqu'à la période agonique. Le pouls lent, dit cérébral, traduit non un traumatisme, mais une compression cérébrale. Dans le cas où il existe une abondante hémorragie externe, on peut observer un pouls très rapide, probablement dû à l'anémie bulbaire.

Arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne.

Écho médical du Nord, 1899, p. 439.

Un enfant de quatorze ans tombe d'un lieu élevé sur la tête.

Il présente tous les signes d'une fracture de la base du crâne. Quelques mois après l'accident apparaissent des troubles de l'ouïe (surdité) et une arthropathie symétrique des coudes. Il n'y a point de déformation, mais il existe de gros craquements secs et une limitation des mouvements. Le malade ressent des douleurs quand il fait un travail un peu exagéré. L'état est resté stationnaire depuis huit ans.

Nous croyons être autorisé à établir un lien de causalité entre

l'accident cranien et la lésion articulairo. Jeannel, Chipault, Morandeau ont vu des arthropathies consécutives à des fractures du rocher. Charcot les avait observées chez des hémiplégiques. Albertoni a pu produire expérimentalement chez le chien des lésions articulaires en détruisant le girus sigmoïde. Drouin a chez une femme trouvé à l'autopsie un foyer hémorragique ancien dans la coucho optique droite, et des végétations osseuses et cartilagineuses dans les articulations de la hanche et de l'épaule gauches.

Aussi, après avoir discuté les diverses hypothèses que l'on peut émettre en présence de semblables lésions, nous croyons devoir rattacher l'arthropathie que nous avons observée, au traumatisme oncéphalique ancien.

Face.

Les tumeurs bénignes du voile du palais, d'origine conjonctive

En collaboration avec M. le professeur Dubar. *Écho médical du Nord*, 1900, p. 588, et Thèse Lorgnier, Lille, 1900.

Cet article a été reproduit *in extenso* dans les *Annali di laryngologia*, 1900

Après avoir esquissé une classification générale des tumeurs que l'on peut rencontrer au niveau du voilo du palais, classification destinée à montrer la place occupée, dans le cadre des néoplasmes, par la catégorie des tumeurs que nous nous proposons d'étudier, nous abordons l'étude des seules tumeurs bénignes, d'origine conjonctive. Les *fibromes* sont d'autant plus rares que l'on soumet à une critique plus sévère les différentes observations publiées. Nous en avons observé un cas très net. L'examen histologique pratiqué sur de nombreuses coupes n'a permis de déceler que des tourbillons de cellules fusiformes, ondulées à noyau coloré. Les vaisseaux avaient une paroi propre. Nulle part on ne trouvait de glandes plus ou moins atrophiées. Il s'agissait d'un fibrome pur.

Nous n'avons sur les *chondromes* que des rensoignements assez vagues, et dos examons histologiques trop incomplets, de sorte

qu'il est souvent difficile d'affirmer s'il s'agit d'un véritable chondrome ou d'une tumeur mixte avec points cartilagineux.

On connaît plusieurs cas de *lipomes* du voile du palais. Ces tumeurs se développent assez rapidement, et provoquent des troubles fonctionnels menaçants; leur extirpation est facile.

La critique des observations de *myxomes* montre qu'il n'y a

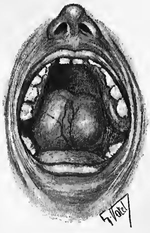


Fig. 11.

jusqu'à présent aucun cas de myxome pur du voile du palais. Les faits publiés se rapportent à des tumeurs mixtes dont certains points ont subi la dégénérescence myxomateuse.

Les *papillomes* sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes du voile du palais. Leur volume est rarement considérable, mais ils amènent rapidement des troubles fonctionnels gênants (toux, déglutitions fréquentes, spasme laryngo-pharyngé). Le pronostic est bénin, mais on les a vus se transformer en tumeurs malignes, aussi devra-t-on toujours conseiller leur extirpation.

Pour diagnostiquer la naturo do ces tumeurs, il faut faire table rase dos signes fonctionnels qui sont dus uniquement au volume de la tumeur. La palpation et au besoin la ponction, permettront d'éliminer les tumeurs liquides (angiomes, hématomes, abcès froids, kystes dentaires ectopiés, kystes dermoïdes).

Le papillomo est pédiculé; le chondrome particulièrement dur.

Le point délicat ost de distinguer les tumeurs mixtes (au début elles sont latérales) des fibromes purs (qui paraissent so développor plus volontiers au voisinage de la ligno médiane).

Il faut intervenir aussitôt qu'on le peut. L'oxtirpation est on général facile.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur ayant amené l'éruption de la dent de sagesse au sommet de l'apophyse coronoïde.

Écho médical du Nord, 1899, p. 333.

Cou.

Angiome caverneux développé le long de la jugulaire interne.

Écho médical du Nord, 1906, p. 225, et Dupire, C. E. *Des angiomes fissuraux*. Th. Lille, 1907.

Chez un enfant de quinze ans nous avons enlevé une tumeur vasculaire d'origine congénitale des plus intéressantes. Cot enfant présentait depuis très longtemps au-dessous de la mastoïde gauche une petite tumeur, grosse comme un noyau de cerise.

A la suite d'efforts continus, la tumeur augmento et atteint le volume d'une mandarine. Cette tumeur ni réductible, ni pulsatile, fut prise pour un abcès froid et ponctionnée. Du sang noir jaillit à plus d'un mètre.

Opération. La tumeur était située en dehors de la jugulaire interne. Elle lui adhérait sur uno hauteur de 10 centimètres, et je dus disséquer le vaisseau jusqu'à la base du crâne. Je pus extirper la poche on totalité, après l'avoir vidée. La ponction

donne de nouveau issue à un filet de sang noir, qui fut projeté à plus d'un mètre de distance.

La poche enlevée avait le volume d'un œuf de dinde. La paroi épaisse d'un millimètre, présentait à l'intérieur des trabécules fibreuses circonscrivant des alvéoles. L'aspect rappelait de façon remarquable la face interne des oreillettes. On trouvera dans la thèse de Dupire, l'examen histologique très complet de cette tumeur, pratiqué par M. le professeur Curtis. La conclusion est qu'il s'agit d'un *angiome veineux* pur. Le système capillaire ne paraît prendre aucune part au développement de la tumeur.

Cet angiome paraît devoir être classé dans la catégorie des angiomes veineux d'origine fissuraire.

Thorax.

Kyste hydatique de la paroi thoracique.

Écho médical du Nord, 1906, p. 224.

Kyste hydatique développé en arrière de la paroi thoracique entre le scapulum et le rachis, sous le grand dorsal et le rhomboïde chez une femme ayant habité quelques années auparavant le Paraguay et la République Argentine.

Ce kyste était dégénéré. Il contenait une vingtaine de vésicules flétries nageant dans une émulsion graisseuse, aspect crème de chocolat, contenant des globules de graisse, des granulations pigmentaires... mais ni leucocytes ni globules de pus.

Absence congénitale du troisième cartilage costal.

Écho médical du Nord, 1899, p. 33.

Adénome cutané paraissant développé aux dépens d'un point lacté.

Écho médical du Nord, 1905, 225.

Une jeune fille de vingt-huit ans présentait en dessus du mamelon droit une tumeur ayant le volume et l'aspect d'une grosse

tomate rouge, ulcérée, saignant facilemont, donnant issuo à du liquide jaunâtre, sans odeur. La tumeur paraissait superficielle et indépendante du sein. Les ganglions de l'aisselle étaient un peu volumineux. Ablation.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome typique, ayant une structure absolument semblable à colle des adénomes du sein. Il n'y avait aucune rolation ontre le néoplasme et le sein ; la tumeur était développée aux dépons de la peau. Les ganglions étaient simplement enflammés.

Après discussion sur l'origine de cette tumeur, je suis porté à admettro que cot adénome est développé aux dépens d'un « point lacté ».

Kyste monoloculaire du sein.

Bull. Société de médecine du Nord, 22 février 1907.

Kyste monoloculaire, du volumo d'une pomme, contenant du liquide clair. Lo diagnostic était particulièroment difficile. Il y avait un pou de rétraction du mamelon, tumeur impossiblo à limiter, profondément située, accompagnée de volumineux ganglions axillaires.

L'intervention permit de comprendre la nature do cette affection. Les ganglions axillaires étaient caséeux, crétacés et portaient la signature d'uno infection très ancienno. L'étudo histologique du sein montra que les lobules glandulaires, placés à une certaine distance du kyste, perdaient leur disposition lobulée, et se dilataient à mesure que l'on approchait de la paroi kystique. Nulle trace do réaction inflammatoire.

Lo kyste était en sommo le résultat d'une ectasie glandulaire considérable dans un adénome de la mamelle.

Foie.

Les migrations pleurales des abcès du foie.

En collaboration avec M. professeur Pr Dubar. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 593.

Laissant de côté les pleurésies par propagation (infection lym-

phatique) et les vomiques, nous limitons notre sujet à l'étude des cas où la collection hépatique après avoir ulcéré le diaphragme se déverse en bloc dans la cavité pleurale.

L'origine des abcès peut être variable (kystes hydatiques suppurés, abcès d'origine dysentérique, angiocholitique, etc.).

L'irruption du pus dans la plèvre est souvent annoncée par des symptômes particuliers, douleurs en bretelle (Fontan) suraiguës, dyspnée, angoisse, toux sèche quinteuse, etc.

Les signes objectifs, matité, souffle, etc., marquent aussi la participation de la plèvre. Il est ben de savoir que la ponction reste souvent blanche. L'œdème pariétal ascendant est un bon signe de diagnostic.

Le pronostic de ces migrations pleurales est d'autant plus grave que l'on tarde davantage à intervenir. La pleurotomie hâtive donne de beaux résultats (Moutard Martin, 7 guérisons sur 8 cas).

Abcès du foie. Opération de Stromeyer Little. Guérison.

Écho médical du Nord, 1898, p. 83.

Rate.

Rupture de la rate par coup de pied de cheval.

Écho médical du Nord, 1898, p. 199.

Rupture complète de la rate chez un enfant de dix ans. Le coup avait porté sur la paroi thoracique qui était restée complètement indemne. Mort par hémorragie.

Mésentère.

Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère.

Écho médical du Nord, 1902, p. 101.

Sur la pathogénie de certains kystes du mésentère.

Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1904.

La transformation kystique des anciennes adénopathies tuber-

culouses a été admise depuis longtemps (Potain, Duplay, Lannelongue).

Nous avons émis l'opinion que certains kystes du mésentère devaient reconnaître cette origine, sans vouloir d'ailleurs étendre cette cause étiologique à la majorité des tumeurs kystiques si complexes que l'on peut rencontrer au niveau du mésentère.

Deux faits que nous avons observés et opérés nous ont fait admettre cette hypothèse, et l'examen histologique du second cas, présenté à la Société de chirurgie paraît devoir la fortifier singulièrement.

Dans notre première observation, il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, ayant eu dans son enfance le carreau (tuberculose des ganglions mésentériques). Sa tumeur volumineuse contenait, nageant dans un liquide louche, des détritus caséiformes pareils à ceux que l'on observe dans les très anciens abcès froids. La paroi présentait des incrustations calcaires.

La seconde observation est plus intéressante. Une jeune fille, nettement tuberculeuse (adénopathies multiples, etc.), présente depuis trois ans une tumeur qui se développe lentement. L'opération permet d'enlever un gros kyste du mésocôlon transverse, et tout à côté du kyste un gros ganglion, présentant un point de caséification.

L'examen histologique a permis d'établir une sorte de filiation entre la tumeur kystique et le ganglion.

Au centre du ganglion il existait un foyer nécrotique, formé aux dépens du tissu ganglionnaire, encapsulé par une coque fibro-hyaline. Dans cette coque on a pu déceler et retrouver des cellules géantes caractéristiques.

La paroi du kyste présentait avec la coque du foyer nécrobiotique des analogies remarquables, même structure conjonctive, même transformation hyaline sans cependant que l'on puisse y déceler des traces nettes de lésions tuberculeuses. Cette complète analogie de structure entre les deux parties, l'une kystique, l'autre ganglionnaire nous permet de croire qu'il y a plus qu'un simple rapprochement et que le kyste que nous avons observé est le résultat de la transformation d'une vieille adénopathie tuberculeuse.

Hernies.

Hernie de la vessie rencontrée au cours d'une kélotomie en même temps qu'un sac déshabité et une entéro-épiplocèle.

En collaboration avec M. le Professeur Dubar. *Écho médical du Nord*, 1899, p. 43.

Un malade se présente avec une hernie globuleuse de la région inguinale. La hernie ne descend pas dans le scrotum. Le malade ne se plaignait pas de troubles de la miction. A l'opération on trouva : 1° un sac déshabité et fermé, fait d'autant plus remarquable que le sujet n'avait jamais porté de bandage ; 2° une entéro-épiplocèle et enfin une portion assez notable de la vessie. Le réservoir urinaire fut ouvert au cours de la dissection, on sutura, cure radicale. Les suites opératoires furent très simples. Le malade interrogé plus minutieusement après l'intervention reconnut avoir eu des troubles urinaires caractérisés par des douleurs intermittentes dans la région inguinale ; au moment de la miction la hernie augmentait de volume et la douleur obligeait le malade à s'arrêter momentanément.

Nous insistons au point de vue du diagnostic de la cystocèle herniaire sur ces troubles de la miction qu'il faut dépister soigneusement, et sur l'aspect clinique de la cystocèle qui forme une masse globuleuse sus-pubienne, mais ne descend pas dans le scrotum.

Hernie inguinale « ayant perdu droit de domicile ».

In Thèse Legrand, Lille, 1906.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hernies volumineuses dites ayant perdu droit de domicile. Les malheureux atteints de ces sortes d'éviscération sont souvent abandonnés à leur triste sort, alors que, avec certaines précautions préliminaires, on peut les guérir dans la grande majorité des cas.

Hernie ombilicale étranglée par vive aréte, kélotomie. Guérison.

Écho médical du Nord, 1898, p. 68.

Hernie par glissement du côlon iliaque.

Écho médical du Nord, 1903

Chez un malade, atteint d'une volumineuse hernio inguinale, et à qui nous avons longtemps refusé l'intervention pour des troubles cardio-pulmonaires sérieux, nous avons trouvé une hernio du côlon iliaque.

La dissection put être faite rapidement grâce à l'existence d'un sac cellulo-fibroux qui permit de libérer la hernie des organes voisins. L'ouverture du sac montra que le côlon faisait partie de la paroi postérieure de l'enveloppe herniaire. En avant, on trouvait quelques anses libres d'intestin grêle. Nous fîmes parallèlement à l'anse colique une incision intéressant uniquement le péritoine. Avec une compresse nous pûmes décoller le côlon et ses vaisseaux, le réduire et fermer au-dessus de lui cette paroi sacculaire qui ne présentait plus de revêtement péritonéal qu'à la partie supérieure et antérieure. L'état de l'opéré était trop grave pour songer à pratiquer une colopexie. Le résultat opératoire fut d'ailleurs excellent. Le malade fut et resta guéri.

Appendice.

Une observation curieuse d'appendicite.

Écho médical du Nord, 1900, p. 483.

Chez un enfant de onze ans, ayant déjà présenté depuis plusieurs années des coliques appendiculaires, éclate une crise de péritonite subaiguë. L'abdomen est ballonné. La fosse iliaquo droite n'est pas empâtée, même elle semble vide. Le toucher rectal permet de constater une tuméfaction douloureuse entre la vessie et le rectum et s'étendant plutôt vers la gauche.

Les phénomènes douloureux, empâtement, etc., augmentont dans la fosse iliaque gauche. Opération. Incision à gauche. Ouver-

ture d'une collection purulente au milieu des anses intestinales agglutinées.

Trois jours après l'opération, le petit malade rend par l'anus 300 grammes de sang. L'état est d'abord inquiétant puis se remonte. Pendant quelques jours le pansement contient des matières fécales. Huit jours après l'opération la fistule stercorale se tarit, en même temps on constate que la tuméfaction siégeant sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum, progresse vers la fosse iliaque droite. Elle y arrive et l'on sent à la place vide auparavant un boudin induré qui peu à peu se résorbe. La guérison fut complète. Il nous paraît possible d'expliquer ces phénomènes de la façon suivante :

Les crises antérieures d'appendicite ont dû amener des adhérences avec l'intestin grêle, celui-ci, dans ses déplacements aura tiré sur l'appendice et par suite sur le cæcum, et l'aura amené sur la ligne médiane. Une inflammation aiguë survient (abcès appendiculaire à gauche), amène le sphacèle et la section de l'appendice (fistule stercorale). Le cæcum libéré de ses amarres retourne à sa place normale et y achève sa guérison.

Un cas de calcul appendiculaire.

Écho médical du Nord, 1900, p. 104.

Au cours d'une intervention pour appendicite aiguë on trouva un appendice oblitéré par un calcul poli, dur, gros comme un haricot. En amont, il existait une poche avec perforation de la paroi.

Calcul de l'appendice.

Écho médical du Nord, 1905, p. 225.

Vessie.

Rupture traumatique de la vessie. Laparotomie. Guérison.

Écho médical du Nord, 1903.

Rupture extrapéritonéale consécutive à un choc violent de la

région hypogastrique, épanchement urineux abondant dans la cavité de Retzius. Laparotomie quatre heures après l'accident. Guérison.

Cystite hémorragique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée.

Echo médical du Nord, 1899, p. 259.

Une jeune femme, croyant prendre une injection vaginale, injecte dans sa vessie 200 grammes d'eau phéniquée (non dosée). Elle présenta une cystite suraiguë, surtout remarquable par l'hématurie très rebelle à laquelle elle donna lieu. Cette hématurie dura près de deux mois.

M. le professeur Dubar a observé un cas analogue, où les hématuries furent plus graves encore et s'accompagnèrent d'exfoliation de la muqueuse.

La gravité du pronostic dépend en grande partie du titre et de la quantité de la solution injectée.

Fistule vésico-cervico-vaginale. Opération par le procédé du dédoublement. Guérison.

Écho médical du Nord, 1901, p. 401.

Une femme de trente-huit ans présente une large fistule vesico-cervico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux. L'orifice admet l'index. La lèvre antérieure du col est détruite. Le doigt suivant la parői supérieure du vagin pénètre facilement dans la vessie.

Nous avons employé le procédé suivant :

1° Dissection du lambeau supérieur. La vessie est séparée de l'utérus comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

2° Incision de la paroi vaginale supérieure sur la ligne médiane. La vessie est décollée du vagin sur une hauteur de 3 centimètres. Même libération latérale.

3° Adossement et suture des lambeaux vésicaux. Restauration du col utérin, suture du vagin.

Sonde à demeure. Pansements rares. Le résultat fut parfait. La guérison fut complète, sans retouche. Huit mois après l'intervention l'opérée pouvait rester cinq heures sans uriner. Nous insistons sur la nécessité d'avoir de grands lambeaux bien étoffés



Fig. 12. — Coupe sagittale demi-schématique de la fistule. Les deux gros traits noirs indiquent l'étendue de la libération des lambeaux.

qui s'accolent d'eux-mêmes, sans tiraillement, sur l'utilité des sutures au moins pour les fistules larges, et sur l'importance des soins consécutifs.

Organes génitaux de la femme.

Le fibromyome du vagin.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903, n° 387.

Le fibromyome du vagin constitue une affection assez rare et peu étudiée en France. Nous avons pu réunir environ 160 cas. Et c'est d'après la lecture de ces observations que nous essayons d'esquisser une étude d'ensemble.

L'étiologie de cette affection est obscure.

Les fibromyomes du vagin se présentent sous deux formes. Ils sont sessiles ou pédiculés. Leur volume est variable, on en a vu de volumineux pesant 5 kilos. Généralement ces tumeurs sont uniques. Dans quelques cas on a noté la coexistence de tumeurs fibreuses de l'utérus. Leur point d'implantation affecte de prédilection la paroi antérieure. A mesure qu'ils se développent ils déplacent les organes voisins, urètre, vessie, utérus, etc.

Leur constitution histologique est d'une façon générale identique à celle des fibromes utérins. Cependant dans deux cas (Tédenat, Kaschewarowa) on a noté l'existence de fibres musculaires striées, analogues à celles que l'on rencontre dans l'utérus vers la fin de la grossesse. Les symptômes fonctionnels sont surtout liés au volume et au développement de la tumeur. Le coït est possible mais l'accouchement peut être très difficile, particulièrement dans les cas où le fibrome, sessile, constitue un obstacle invincible à la progression du fœtus.

Ces tumeurs doivent être extirpées dès qu'elles sont diagnostiquées. L'ablation, facile dans les cas où le fibrome est pédiculé devient pénible pour les fibromes sessiles, surtout quand ils ne sont pas nettement encapsulés.

Tumeur kystique de l'utérus.

Écho médical du Nord, 1899, p. 237.

Kyste uniloculaire de l'utérus, contenant quatre litres de liquide filant, couleur vert pomme. Hystérectomie abdominale. Guérison.

Tumeur papillaire de l'ovaire.

Écho médical du Nord, 1899, p. 337.

Kyete dermoïde volumineux du ligament large.

Écho médical du Nord, 1901, p. 325.

Ce kyste contenait dix litres de liquide brunâtre et 5 kilos de matière grasse, agglomérée sous forme de petits galets gros

comme des noisettes et contenant soit des poils, soit des débris osseux.

Volumineux fibrome de l'ovaire, sans ascite.

Écho médical du Nord, 1898, p. 306 et Thèse Deligny, Lille, 1898.

Nombre d'auteurs mettent au premier plan du tableau symptomatique des fibromes de l'ovaire, la formation précoce de liquide ascitique.

Nous avons relu à ce sujet un grand nombre d'observations, et cette revue suffit à nous démontrer que l'ascite est un phénomène absolument contingent au cours de l'évolution des fibromes de l'ovaire. La présence du liquide dans la cavité péritonéale traduit une réaction péritonéale, d'autant plus intense quo la tumeur est plus mobile. La théorie de la compression n'est guère admissible quand on voit des tumeurs pesant 6 kilos n'amener aucun épanchement péritonéal, alors qu'un fibrome gros commo le poing produit une ascite notable.

Dans tous les cas, il faut considérer la présence de l'ascite comme un phénomène contingent, indépendant de la nature de la tumeur, et lié seulement à sa mobilité.

Périnée. Anus.

L'empalement.

Écho médical du Nord, 1904, et Thèse Ponthieu, 1905.

A propos de deux observations personnelles nous avons tenté l'étude synthétique de cette variété très spéciale de traumatismes. Les faits de ce genre sont en effet dissociés dans les classiques et se retrouvent disséminés aux articles vessie, périnée, scrotum, rectum, etc. Cependant le groupement de ces traumatismes produits, en somme, par un mécanisme presque identique facilite beaucoup leur étude. Nous avons réuni 136 observations. Après quelques mots sur l'historique du pal, et sur l'empalement criminel nous abordons l'étude plus intéressante pour le chirurgien, de l'empalement accidentel.

La nature du « pal » est très variable et nous en donnons une liste curieuse. Le traumatisme peut parfois être insignifiant et déterminer cependant des accidents rapidement mortels.

L'instrument peut pénétrer par l'anus et le rectum (66 cas), par le périnée (23), par le scrotum (13), par le vagin (15).

L'empalement par l'anus et le rectum a une gravité très différente, suivant qu'il y a simple traumatisme de la région anorectale ou au contraire pénétration de la cavité péritonéale. Dans ce cas le pal ne rencontre plus grande résistance et va produire à distance des désordres considérables. On peut ainsi constater des déchirures du rein, du mésentère, de l'estomac, du foie, la perforation du diaphragme, de la plèvre, l'embrochement du poumon, etc.

L'empalement par le périnée ne se produit guère qu'avec des instruments plus ou moins acérés, les tiges mousses et assez volumineuses glissant plus volontiers au fond de l'infundibulum anal. Les lésions sont très variables. Le pal peut sortir au niveau de la ligne blanche ou pénétrer jusqu'à l'hypochondre.

Dans l'empalement scrotal, l'agent traumatique peut suivre l'épaisseur de la paroi abdominale ou pénétrer dans le pelvis par le triangle sous-pubien.

Chez la femme, le pal s'engage plus facilement vers le vestibule vaginal que vers l'infundibulum anal. Les culs-de-sac vaginaux sont souvent perforés. Le pal est en général extrait immédiatement par un assistant ou par le chirurgien. Parfois il reste dans l'intestin ou la cavité abdominale pendant un temps inconcevable (Baxter).

Les symptômes sont très variables, on le conçoit aisément, et le diagnostic anatomo-pathologique sera grandement facilité par l'examen du pal, les dimensions de la portion souillée de sang, etc.

Le pronostic est très sérieux. Sur 108 observations où le résultat final est indiqué, nous notons 44 morts et 64 guérisons. Il faut tenir compte que, d'une façon générale, les empalements graves sont seuls publiés. La lecture des observations montre des faits véritablement étonnants. Ainsi le blessé de Abbe a le foie, le dia-

phragme, la plèvre perforés... ot guérit; celui de Woodbury tombe sur un pieu qui traverse le rectum, pénètro d'environ 80 centimètres, et sort du côté gauche du thorax apres avoir cassé trois côtes... Ce blessé guérit!

Le traitement comporte des indications variables avec l'étendue des lésions suivant qu'il s'agit :

1° D'une plaie périnéale sans lésions des réservoirs,

2° D'une plaie du rectum ou do la vessie sans lésion péritonéale,

3° D'une perforation péritonéale avec lésion des viscères,

4° D'une plaie avoc persistance du corps étranger.

Dans tous les cas, l'intervention doit être aussi largo et aussi précoce que possible.

Membres.

Étude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire.

Presse médicale. Paris, 1899.

A propos de deux cas de luxations du scaphoïde et du semi-lunaire observés dans les services de MM. les Prs Dubar et Folet, nous avons tenté d'élucider la pathogénie et le mécanismo de ces luxations.

Nous rappelons d'abord toutes les observations que nous avons pu recueillir et nous les classons de la façon suivante :

A. Luxations isolées du semi-lunaire, en avant, en arrière.

B. Luxations isolées du scaphoïde.

C. Luxations du scaphoïde et du semi-lunaire.

Mécanisme. Ces luxations peuvent être produites par choc direct. Elles sont rares et d'un mécanisme facile à saisir.

Les luxations indirectes sont plus fréquentes.

Comment se produisent ces luxations? De la lecture des observations, il résulte cette conclusion : chute sur la paume de la main, luxation en avant : chute sur la face dorsale, luxation en arrière.

Cette proposition, qui se vérifie presque toujours en clinique, s'explique aisément par l'anatomie.

Rappelons d'abord quelques rapports topographiques intéressants du scaphoïde et du semi-lunaire.

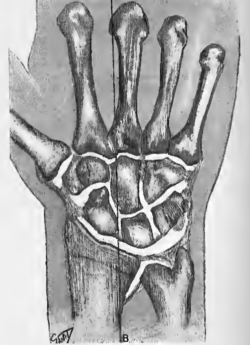


Fig. 13. — Cette figure diffère quelque peu de celles que l'on trouvera dans les traités classiques. Elle est la copie exacte d'une épreuve radiographique. — La ligne AB est la ligne suivant laquelle passent les coupes des figures 14 et 15.

La figure 13 donne les rapports normaux des os du poignet. On

voit que le troisième métacarpien, avec le grand os, forme une sorte de coin qui, sous l'influence d'une pression dirigée de bas en haut agit sur le semi-lunaire et sur la portion supérieure et interne du scaphoïde. Les deux os peuvent être atteints, mais la figure montre que le semi-lunaire est le plus exposé et, en fait, les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes.

Le scaphoïde échappe plus facilement, mais s'il participe au traumatisme, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'os est entraîné tout entier avec le semi-lunaire (Dubar), ou bien l'extrémité supérieure sur laquelle porte l'action du grand os, se rompt et se luxe, pendant que l'extrémité inférieure reste en rapport avec le trapèze et le trapézoïde (Forgue).

Examinons maintenant un poignet en coupe sagittale suivant une ligne AB, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire.

Si l'on place la main en légère hyperextension, on voit que déjà dans cette position, qui ne dépasse pas les limites normales, les ligaments radio-carpiens sont tendus, et que le semi-lunaire fait saillie à la face palmaire de près d'un tiers de son volume.

Si nous fléchissons le poignet, nous voyons les mêmes phénomènes se passer à la face dorsale du carpe.

Ceci dit, supposons une force F, agissant obliquement sur le métacarpien (fig. 14). Cette force peut se décomposer en deux : l'une, f', qui agit perpendiculairement au métacarpien, et par conséquent augmente l'hyperextension et fait saillir davantage le semi-lunaire; l'autre f, parallèle au métacarpien qui, par l'intermédiaire du grand os, va pousser le semi-lunaire contre les ligaments radio-carpiens. Ces ligaments sont extrêmement résistants, aussi faut-il une force énorme pour les rompre. Mais, si la force dépasse la résistance, le ligament qui supporte seul le choc se rompt, et le semi-lunaire, chassé comme un noyau de cerise, vient se loger à la partie antérieure de l'avant-bras.

Le mécanisme est identique pour les luxations dorsales. Le choc sur la face postérieure de la main se décompose également en deux forces, l'une perpendiculaire, qui augmente la flexion et la saillie dorsale du semi-lunaire, l'autre parallèle, qui pousse cet os contre le ligament radio-carpien postérieur (fig. 15).

Ce mécanisme explique la constatation clinique que nous formulions plus haut.

Les symptômes de ces luxations consistent surtout dans la pré-

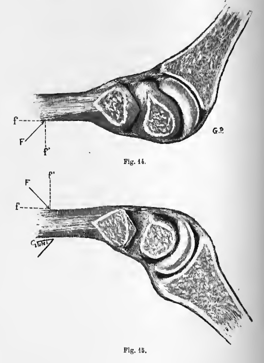


Fig. 14.

Fig. 15.

sence en avant ou en arrière, dans l'espace interosseux, d'une ou deux portions osseuses dures, fixes. Le radius et le cubitus sont intacts. On peut observer des lésions des parties molles. Dans les

cas anciens il n'est pas rare de voir apparaître des névrites. On ne confondra pas ces luxations avec une fracture des os de l'avant-bras, des exostoses épiphysaires, un cal, un kyste synovial; dans les cas douteux la radiographie peut rendre de réels services.

Le traitement consiste essentiellement dans l'ablation des os luxés.

Arrachement de la phalangette et du tendon fléchisseur profond.

Bulletin médical du Nord, 1894.

Arrachement du médius et de son tendon fléchisseur.

Écho médical, 1902, p. 596.

Sur l'absence congénitale de la rotule.

En collaboration avec M. le professeur Phocas. *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 342.

Dans ce travail nous avons réuni 30 cas d'absence congénitale de la rotule. Plus tard nous avons repris cette question et l'avons étendue considérablement dans notre thèse inaugurale.

Il faut distinguer les cas dans lesquels l'absence de la rotule coïncide avec d'autres malformations squelettiques, et ceux où la rotule est atrophiée par suite d'une luxation congénitale, pour n'étudier que les faits dans lesquels le syndrome clinique est constitué par la seule absence de la rotule.

L'étiologie de cette affection est obscure. L'hérédité est notée dans quelques observations. L'affection peut être unilatérale ou bilatérale.

Dans tous les cas on trouve des altérations physiologiques du quadriceps qui peut être atrophié, paralysé ou contracturé. Cette importante constatation nous amène à admettre la théorie pathogénique suivante.

La rotule n'est en somme qu'un os sésamoïde développé dans le tendon du quadriceps, et son apparition et son développement sont intimement liés au développement normal du muscle. Le point patellaire n'apparaît qu'après le troisième mois de la vie fœtale. Si le muscle est frappé, troublé dans son évolution avant

l'apparition du point cartilagineux, la rotule ne se développe pas, il y a absence de la rotule; si au contraire la paralysie frappe le quadriceps à un stade ultérieur la rotule existe, mais considérablement atrophiée.

Ce qui semble démontrer le bien-fondé de cette théorie pathogénique, c'est que si après la naissance, on arrive, par un traitement approprié (massage, électricité), à rendre un fonctionnement physiologique au quadriceps, on peut voir la rotule apparaître et se développer (Kroenlein, Joachimsthal).

L'absence congénitale de la rotule est une affection facile à reconnaître mais à condition de savoir la dépister. Le genou est aplati en avant, la fossette intercondylienne est vide. Le triceps est atrophié. Il existe fréquemment d'autres malformations concomitantes (pied bot).

Les signes fonctionnels varient suivant le degré d'altération des muscles extenseurs et fléchisseurs.

Le pronostic au point de vue de la fonction du membre est sérieux. Mais il peut être très amélioré grâce à un traitement orthopédique soigneux. Il faut avant tout chercher par le massage, l'électricité à restaurer les muscles atrophiés et ne recourir aux interventions sanglantes que dans des cas exceptionnels.

Le genou recurvatum congénital.

Écho médical du Nord, 1897.

Étude sur les malformations congénitales du genou.

Thèse, Lille, 1897. *Prix Godard.*

A l'époque où nous avons écrit cette monographie, il n'existait aucune étude d'ensemble des différentes malformations du genou. Grâce à des recherches bibliographiques aussi complètes que possible, et à l'enquête que nous avons faite auprès d'un grand nombre d'orthopédistes étrangers, nous avons pu réunir 273 observations de malformations intéressant la région du genou.

Après avoir rappelé les points les plus intéressants de l'anatomie comparée et du développement embryogénique de l'articu-

lation du genou, nous abordons l'étude des malformations que nous divisons en trois grands groupes.

1° Malformations d'origine osseuse.

2° Malformations d'origine neuromusculaire.

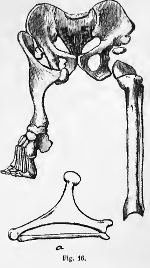


Fig. 16.

3° Malformations d'origine ligamonteuse (action musculaire secondaire).

A. — Malformations d'origine osseuse.

1° *Fémur.*

α. *Absence du fémur* (19 cas). — Nous laissons hors de notre description les cas de phocomélie proprement dite. Il est rare que le fémur soit disparu on totalité. Il est parfois représenté par une bandelette fibreuse allant de l'os iliaque au fémur. L'ex-

trémité inférieure du fémur persiste souvent, mais soudée au tibia de telle sorte que la néarthrose rudimentaire se trouve reportée au-dessus du rudiment fémoral.

β. *Absence des condyles du fémur.* — On peut noter l'absence d'un seul condyle, avec luxation consécutive de la rotule, ou des deux condyles. L'extrémité inférieure du fémur se termine par une pointe effilée, et la jambe se luxe en arrière et en haut.

γ. *Bifurcation de l'extrémité inférieure du fémur.* — Rare, 3 cas.

Le fémur se bifurque. Le tibia ne s'articule qu'avec un seul condyle.

2° *Tibia.*

α. *Absence du tibia.* — Plus fréquente, 51 cas.

Il peut exister un rudiment de tibia qui, entraîné par le quadriceps, remonte sur la face antérieure du fémur.

Le plus souvent, l'extrémité supérieure et la diaphyse manquent. Le péroné se luxe en arrière. Il se forme un sac capsulaire très lâche permettant des mouvements plus ou moins étendus.

On a pratiqué dans ces cas des résections (atypiques, encoche fémorale destinée à recevoir la tête du péroné). Cette opération doit être précoce.

β. *Bifurcation de l'extrémité supérieure du tibia.* — Très rare. Nous n'avons trouvé que 2 cas de cette curieuse malformation. Nous donnons ci-contre la reproduction du cas de Ellis (fig. 16).

3° *Péroné.*

Absence du péroné. — Malformation fréquente. L'articulation du genou est un peu intéressée. La rotule peut manquer, être atrophiée ou luxée.

4° *Absence du tibia et du péroné.*

Le pied s'articule directement avec le fémur. Le pied peut être intact ou malformé.

B. — Malformations d'origine musculaire (ou neuromusculaire).

1° *Genu recurvatum congénital.* — Appelé à tort par certains auteurs luxation congénitale.

Nous avons pu réunir 78 observations de cette malformation.

C'est l'examen approfondi de ces observations qui nous a amené à édifier une pathogénie nouvelle.

Étiologie. — Le genu recurvatum est plus fréquent chez les filles que chez les garçons (3/1), dans la moitié des cas il est double. L'hérédité ne paraît pas avoir une influence marquée.

Certaines particularités ont été observées pendant la grossesse (traumatisme, infection de la mère, hydramnios, hydrorrhée) ou pendant l'accouchement (difficultés de l'accouchomont dues à



Extension normale. Genu recurvatum. Luxation en avant.

Fig. 17.

ce fait quo le pied peut se montrer à la vulve en même temps quo le cou).

Symptômes. — La jambe est en hyperextension, fléchie en avant, faisant avec le fémur un angle à sinus antérieur, plus ou moins aigu. Les orteils peuvent toucher l'abdomen et même la face antérieure des cuisses. En avant, on constate des plis de flexion. Si l'on essaie de mettre la jambe en extension normale et de la fléchir, on constate une résistance très nette due à l'action du triceps, souvent raccourci et tendu comme une corde. Si on lâche le membre, la jambe revient violemment, comme mue par un ressort à sa position primitive.

L'état de la rotule est important à noter car, pour nous, ce point permet de fixer approximativement à quel âge de la vie fœtale remonte l'affection. La rotule peut être à peu près normale, atrophiée ou absente.

Il existe souvent des malformations concomitantes (pied bot, contractures, etc.).

Anatomie pathologique. — L'autopsie et la dissection d'enfants atteints do genu recurvatum ont été faites par un assez grand nombre d'auteurs. Jamais on n'a trouvé de disjonction épiphy-

saire. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont normalement développées. Les extenseurs sont contractés. Si l'on vient à les sectionner (Plagemann) et à mettre la jambe en extension normale, on constate un écartement notable entre les deux tranches de section.

Nature du genu recurvatum. — Les classiques admettent encore la théorie de Gueniot d'après laquelle le genu recurvatum serait le résultat d'une disjonction épiphysaire. *Pour nous*, au contraire, *cette affection est due à une rétraction du muscle triceps* pendant la vie fœtale. En effet toutes les autopsies démontrent qu'il n'existe jamais de disjonction épiphysaire, mais en revanche la contracture du triceps est constante. Si l'on rompt le triceps par une flexion forcée d'avant en arrière (Phocas, Robertson, Gueniot) ou si l'on sectionne le tendon à ciel ouvert (Owen, Plagemann) la déformation se réduit instantanément. L'état de la rotule permet de fixer la date où le triceps a été frappé (avant ou après le 3[e] mois de la vie intra-utérine). Cette rétraction ne peut s'expliquer par la compression utérine, nous admettons un trouble de développement du muscle, la lésion primitive étant musculaire ou neuromusculaire.

Le *traitement* doit être précoce. Le massage donne d'excellents résultats. Au besoin, on maintiendra la correction par des appareils orthopédiques.

2° *Absence de la rotule. Atrophie de la rotule* (voir plus haut). — Ces malformations de la rotule sont intéressantes à noter, surtout par ce fait qu'elles sont la traduction tangible de l'état fonctionnel du triceps fémoral, et qu'elles portent pour ainsi dire la signature et la date de l'accident qui a frappé l'évolution du muscle. Ce n'est point une entité morbide, mais on retrouve ces anomalies patellaires chaque fois que le triceps a été atteint.

3° *Bipartition de la rotule.* — Un seul cas de Grüber. La lésion était symétrique.

4° *Absence du quadriceps crural.* — Affection rare (Drachmann, Turner).

5° *Contracture des fléchisseurs.* — L'enfant reste fixé dans une position qui ressemble à celle du fœtus, *in utero*. Les extenseurs

sont souvent atrophiés, et répondent à peine à l'excitation électrique. Les fléchisseurs sont contracturés. Il existe fréquemment des contractures des muscles des membres supérieurs.

Nous croyons que c'est dans des lésions frappant le système nerveux ou musculaire du fœtus, et non dans une compression

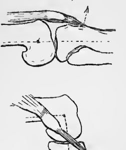


Fig. 18. — Schéma expliquant le mécanisme de la chute dans les luxations intermittentes de la rotule.

a, le tendon reste au-dessus du centre des mouvements fémoro-tibiaux et reste extenseur. — *b*, le tendon luxé en arrière du centre de rotation devient fléchisseur de la jambe sur la cuisse.

utérine ou amniotique qu'il faut chercher l'explication de ces malformations.

C. — Malformations ligamenteuses et musculaires.

1° *Luxations congénitales de la rotule.*

Luxation en haut, ou plutôt déplacement en haut car il ne s'agit pas à vrai dire de luxation. La rotule est plus ou moins remontée sur la cuisse.

Luxation en dedans. — Un seul cas de luxation intermittente (Périat).

Déplacement cunéen (Lannelongue). — Pendant la flexion, la rotule disparaît dans l'entre-bâillement articulaire.

Luxation en dehors. — Cette variété est de beaucoup la plus fréquente (50 cas) et la plus complexe. Il existe une forme transitoire et une forme permanente.

Forme transitoire : la rotule dans l'extension occupe sa place normale, dans la flexion elle se luxe en dehors, la marche, facile sur un terrain plat, devient très difficile sur un terrain accidenté. La montée des escaliers peut être impossible.

Forme permanente : la rotule, très atrophiée, est fixée sur le condyle externe. La marche est possible. Parfois le malade marche en fauchant, le triceps agissant comme extenseur et comme abducteur.

L'hérédité joue un rôle manifeste dans la production de ces malformations.

2° *Le genu valgum congénital* existe rarement à l'état isolé, mais on le trouve fréquemment associé à d'autres malformations du genou.

3° *Le genu varum congénital* est exceptionnel. 1 seul cas (Towsend).

4° *Luxation congénitale du genou.*

Forme intermittente. — Due à une laxité extraordinaire des ligaments articulaires. La luxation peut être volontaire.

Forme permanente. — Le genou peut être luxé en *avant* (4 cas), en *dedans* (2 cas), en *dehors* (1 cas), en *arrière* (6 cas). Muller a pu faire l'autopsie intéressante d'une de ces malformations.

Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule.

Presse médicale. Paris, 1899, p. 149. Et Thèse Libersat, Lille, 1900.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Dubar un malade qui présentait à la fois un genu recurvatum, sur un membre atteint de coxalgie, guérie par ankylose rectiligne et un déplacement cunéen de la rotule.

Nous avons étudié successivement chacun de ces deux malformations.



Fig. 19.

A. — *Genu recurvatum.*

Cette déformation du membre serait d'après M. Campenon très fréquente chez les coxalgiques (la moitié des cas). Les autres chirurgiens ne donnent point pareille proportion.

M. Campenon incrimine l'âge du sujet, l'état général, la durée du séjour au lit, l'atrophie inégale des groupes musculaires, la position du membre, dont le genou porte à faux.

Mais quelle que soit la valeur de tous ces éléments étiologiques, nous ne les croyons pas suffisants pour produire une déformation

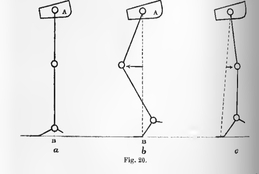


Fig. 20.

aussi considérable que celle que nous observons. Beaucoup de coxalgiques, en effet, sont immobilisés en extension pendant douze, dix-huit, vingt mois et plus, et cependant on n'observe qu'assez rarement de pareilles déformations.

Que ces diverses causes aient contribué à amorcer la malformation, nous n'en doutons pas, mais nous croyons que l'élément causal le plus important, et de beaucoup, réside dans le mécanisme même de la marche. Le simple schéma ci-dessous nous le fera facilement comprendre.

A l'état normal (*a*), pendant la marche, l'axe mécanique (AB du membre se confond avec l'axe anatomique, et repose sur le sol par deux points : le calcanéum et l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Dans la coxalgie non traitée (*b*), avec ou sans raccourcissement, la cuisse se fléchit sur le tronc, la jambe sur la cuisse. Le pied ne repose plus sur le sol que par la pointe. L'axe mécanique passe en arrière de l'axe anatomique et l'on voit que la marche augmente la flexion.

Dans notre cas, au contraire, comment s'effectue la marche?

Le membre inférieur gauche, plus court de 13 centimètres, repose sur l'extrême pointe du pied. La hanche est ankylosée en rectitude. Il est facile de voir que dans ces conditions l'axe mécanique se trouve porté en avant de l'axe anatomique, et, par conséquent, la marche aura pour résultat d'augmenter l'hyperextension et le genu recurvatum (*c*).

Tout en reconnaissant une valeur réelle aux causes citées par M. Campenon, nous croyons donc que la marche avec un membre raccourci et ankylosé en rectitude constitue le facteur étiologique le plus important de pareilles déformations. Le genu recurvatum sera d'autant plus prononcé que le malade marchera davantage.

Et pour le cas particulier qui nous occupe, il n'est pas inutile de rappeler que notre sujet était debout presque toute la journée et faisait une moyenne de 3 à 4 kilomètres par jour.

B. — *Déplacement cunéen de la rotule.*

Cette affection est très rare, ou du moins peu connue. Nous ne connaissons que le cas de M. le professeur Lannelongue.

Voici comment M. Lannelongue décrit cette affection :

« Dans l'extension, rien d'apparent ; quand on met la jambe en demi-flexion, la rotule ne fait plus de saillie. Elle s'enfonce et paraît avoir été retranchée du genou ; alors, les parties saillantes des condyles du fémur viennent sous la peau, et là, il y a un plan osseux en coup de hache. C'est que la rotule s'en est allée profondément dans l'articulation, beaucoup plus profondément qu'à l'état physiologique et elle y a pénétré en coin. »

Quelle est la cause de cette malformation ? Cette cause est celle que M. Lannelongue a mise en lumière : le raccourcissement du ligament rotulien.

Le ligament rotulien du côté gauche était de 1 centimètre et demi plus court que le droit. Cette brièveté s'explique.

On sait que si la contraction musculaire a une action sur le



Fig. 21. — Radiographie montrant le déplacement cunéen de la rotule pendant la flexion.

développement des épiphyses, elle a une action non moins mani-

feste sur le développement des tendons. Or, pendant plusieurs années, les muscles extenseurs de notre malade ont été dans l'inaction absolue.

A l'heure actuelle encore, ce muscle se contracte peu pendant la marche, L'enfant, instinctivement, évite les fortes contractions de son triceps, pour ne pas reproduire son genu recurvatum. Il raidit son membre inférieur et avance tout le corps par une demi-rotation. Il n'est donc pas extraordinaire que le tendon rotulien se soit moins développé que du côté sain. Le tendon, étant plus court, attire plus bas la rotule et la fait pénétrer dans l'entre-bâillement fémoro-tibial.

Sur un cas de synovite à grains riziformes de la bourse séreuse trochantérienne sous-aponévrotique.

Écho medical du Nord, 1900.

Les bursites à grains riziformes sont très rares. Nous en avons observé un cas curieux au niveau de la bourse séreuse trochantérienne sous-aponévrotique. Le diagnostic est souvent difficile, car à ce niveau la bourse séreuse profonde, bridée par l'aponévrose, ne laisse guère percevoir les signes ordinaires présentés par les grains hordéiformes dans les gaines tendineuses superficielles. La nature de ces bursites chroniques profondes n'est guère reconnue exactement qu'au moment de l'intervention.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sous ce titre, nous rangeons une série d'articles de vulgarisation dont quelques-uns ont été écrits en collaboration avec notre maître M. le professeur Dubar. Chacun de ces articles comprend un tableau clinique sommaire de l'affection, l'étude des indications pathogéniques, et le traitement minutieusement détaillé, mais néanmoins restant toujours simple et pratique.

Ces études de thérapeutique ont été réunies dans les deux volumes de « *Consultations médico-chirurgicales* », publiés sous la direction de M. le professeur Combemale.

Coxalgie.

Écho médical du Nord, 1901, p. 188.

Hémorragies utérines.

Écho médical du Nord, 1901, p. 310.

Panaris.

Écho médical du Nord, 1901, p. 540.

Appendicite.

Écho médical du Nord, 1901, p. 173.

Étranglement herniaire.

Écho médical du Nord, 1903.

Adénite tuberculeuse du cou.

Écho médical du Nord, 1903.

Fractures de jambe.

Écho médical du Nord, 1904, p. 42.

Rétention d'urine.

Écho médical du Nord, 1905.

HISTOLOGIE

Contribution à l'étude des terminaisons des nerfs dans les glandes.

Travail du laboratoire d'histologie, présenté pour le prix des Amis de l'Université (1895), déposé au Secrétariat de la Faculté de Médecine : Resté inédit.

MÉDECINE

Sur quelques formes bizarres d'hystérie.

Bulletin médical du Nord, 1895.

Sur un cas de polyarthrite déformante.

Bulletin médical du Nord, 1896, p. 185.

Un cas de leucémie.

En collaboration avec M. Drucbert. *Congrès de médecine de Lille*, 1899.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Nicolas de la Framboisière et la médecine il y a trois siècles.

Écho médical du Nord, 1899, p. 415, 451, 490.

ÉVREUX, IMPRIMERIE CH. HÉRISSEY ET FILS